

短期入所生活介護 重要事項説明書③

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、新潟県条例の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 妻有福祉会
主たる事務所の所在地	〒949-8525 新潟県十日町市新宮乙195番地3
代表者（職名・氏名）	理事長 蔵品 泰治
設立年月日	昭和30年11月1日
電話番号	025-758-2050

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	養護老人ホーム妻有荘	
サービスの種類	短期入所生活介護	
事業所の所在地	〒949-8525 新潟県十日町市新宮乙195番地3	
電話番号	025-758-2050	
指定年月日・事業所番号	平成11年12月15日指定	1571000130
利用定員	定員 4人	
通常の送迎の実施地域	十日町市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

短期入所生活介護は、事業者が設置する事業所において、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	
医師	常勤 人、	非常勤 1人
生活相談員（妻有荘と兼務）	常勤 3人、	非常勤 人
看護職員（機能訓練指導員と兼務）	常勤 3人、	非常勤 1人
介護職員（兼務）	常勤 8人、	非常勤 人
機能訓練指導員（看護師と兼務）	常勤 3人、	非常勤 1人
栄養士（兼務）	常勤 2人、	非常勤 人

6. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 太田健市
管理責任者の氏名	管理者 根津智彦

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割（平成27年8月から））の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）短期入所生活介護の利用料

【基本部分：併設型短期入所生活介護費（多床室）】

利用者の 要介護度	短期入所生活介護費（1日あたり）	
	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 （＝基本利用料の1割）※（注2）参照
要介護1	5,960円	596円
要介護2	6,650円	665円
要介護3	7,370円	737円
要介護4	8,060円	806円
要介護5	8,740円	874円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金
看護体制加算Ⅱ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合（1日につき）	80円	8円
夜勤職員配置加算	最低基準を1以上上回る数の夜勤職員が配置されている場合（1日につき）	130円	13円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者へサービス提供した場合（1日につき）	1,200円	120円
送迎加算	送迎を行った場合（片道につき）	1,840円	184円
療養食加算	要件を満たした上で療養食を提供した場合（1日につき）	230円	23円
緊急短期入所受入加算	要件を満たした上で緊急の受入を行った場合（1日につき）	900円	90円
サービス提供体制加算Ⅱ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合（1日につき）※（注3）	180円	18円
介護職員処遇改善加算Ⅲ	当該加算の算定要件を満たす場合※（注3）	1月の利用料金（基本部分＋各種加算減算）の9.0%	

（注3）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

- ① これらにかかる料金の合計額のうち、介護保険負担割合証の記載の割合によりあなたからご負担いただきます。また、介護保険の給付限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた金額をご負担いただきます。
- ② 保険料の滞納等により法定代理受領出来ない場合は、一旦、1ヶ月あたりの料金をお支払いいただきます。その場合、事業者は指定通所介護提供証明書を発行いたしますので、後日、所在市町村窓口にて証明書を提出しますと払い戻しを受けることができます。

(2) その他の費用

食費	1日につき1,500円 (ただし、朝食400円、昼食550円、夕食550円とし、1食単位で費用の支払いを受けるものとします。) また、利用者の希望により特別な食事を提供した場合は、費用の実費をいただきます。
滞在費	従来型多床室(1日につき) 840円
送迎費	通常の送迎の実施地域を超えて送迎を行った場合 2～5km 500円(片道) 5～10km 1,000円(片道) 10～15km 1,500円(片道)
理美容代	要した実費
その他	日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望により提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。

【利用料算定例】

あなたの、契約期間の最初の月の利用料は、おおむね次のとおりです。

	単価	回数(単位)	基本利用料(10割)	利用者負担金(1割)
短期入所生活介護		日	0円	0円
送迎加算	1,840	回	0円	0円
看護体制加算(Ⅱ)	80	日	0円	0円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	180	日	0円	0円
			0円	0円
小計①			0円	0円
介護職員処遇改善加算 ①×9%			0円	0円
滞在費	840	日	0円	0円
食費	朝食	食	0円	0円
	昼食、夕食	食	0円	0円
合計			0円	0円

あなたにお支払い頂く見込みの金額 0円

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	-
協力医療機関	医療機関の名称 所在地 電話番号	県立 松代病院 十日町市松代3592番地2 025-597-2100
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 025-758-2050 受付担当者 水落 嘉子
---------	----------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	十日町市医療介護課介護保険係	電話番号 025-758-3111 (代)
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

11. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 住所 新潟県十日町市新宮乙195番地3
名称 社会福祉法人妻有福祉会
事業所 住所 新潟県十日町市新宮乙195番地3
名称 養護老人ホーム妻有荘
代表者(委託受任者) 施設長 根津智彦 印
説明者職・氏名 生活相談員 太田健市 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

署名代行者（又は法定代理人）

私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり署名を行いました。

住所 _____

氏名 _____ 印

本人との続柄 _____

立会人 住所 _____

氏名 _____ 印